

Proveedor remitente: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Por favor, a continuación marque todo lo que le corresponda:

Síntomas Generales	Síntomas Cardiovasculares	Síntomas Gastrointestinales	Síntomas de la Piel
<input type="checkbox"/> Pérdida/Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Excremento negro/con sangre	<input type="checkbox"/> Sarpullido
<input type="checkbox"/> Roncar	<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Ulceras/llagas
<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Cambios en la piel
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Dolor estomacal	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> falta de respiración al hacer fuersas	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento
<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos recientes	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria al estar acostado	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> color Amarillo/Icteria
<input type="checkbox"/> Somnolencia durante el día	<input type="checkbox"/> Hinchazón en tobillos/piernas	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Picazón/Sequedad

Síntomas Endocrinos	Síntomas Musculoesqueleticos	Síntomas Neurológicos	Síntomas Psiquiatricos
<input type="checkbox"/> Aumento de sudor	<input type="checkbox"/> Hinchazon/dolor de las articulaciones	<input type="checkbox"/> Mareos/vértigo	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Espasmos/espasticidad/Calambres	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> Debilidad/dolor muscular	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Baja Energía
<input type="checkbox"/> Orinar en exceso	<input type="checkbox"/> Pérdida de masa muscular	<input type="checkbox"/> Sueño excesivo	<input type="checkbox"/> Ataque de pánico
<input type="checkbox"/> Cambio en el pelo /textura de la piel		<input type="checkbox"/> Dificultad en la coordinación	<input type="checkbox"/> Agitación
<input type="checkbox"/> Cabello mas fino		<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/> Ira
<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o frío		<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
<input type="checkbox"/> Menos apetito sexual		<input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/> Falta de interés en actividades
<input type="checkbox"/> menos rendimiento sexual			<input type="checkbox"/> Sensación de desesperanza
			<input type="checkbox"/> Aislamiento

Síntomas Urológicos	Síntomas Hematológicos
<input type="checkbox"/> Pérdida de control de la vejía	<input type="checkbox"/> Sangrar facilmente
<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Fácil aparición de moretones

**Antecedentes médicos:**

Por favor, marque a continuación todo lo que le corresponda:

<input type="checkbox"/> Electrocardiograma anormal	<input type="checkbox"/> Enferm. Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial coronaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado
<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Neuropatía-periférica
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial pulmonar
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Enfermedad carótida	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Historial de transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Transtorno de abuso de drogas
<input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad del tiroides
<input type="checkbox"/> Conmoción	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> Ictus transitorio
<input type="checkbox"/> Ulceras (gastrointestinales)		Otro: _____

**Antecedentes quirúrgicos:**

Por favor, marque a continuación todo lo que le corresponda.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía del abdomen      | <input type="checkbox"/> Colocación de stent coronario | <input type="checkbox"/> Cirugía pituitaria                      |
| <input type="checkbox"/> Reparación de aneurismas | <input type="checkbox"/> Craneptomía                   | <input type="checkbox"/> Artroscopia del hombro                  |
| <input type="checkbox"/> Suspensión de la vejiga  | <input type="checkbox"/> Funduplicación gástrica       | <input type="checkbox"/> Fusión espinal                          |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del cerebro      | <input type="checkbox"/> Cirugía de la cadera          | <input type="checkbox"/> Estimulador de la columna vertebral     |
| <input type="checkbox"/> Angiograma cerebral      | <input type="checkbox"/> Histerectomía                 | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral         |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del colon        | <input type="checkbox"/> Cirugía de la rodilla         | <input type="checkbox"/> Cirugía para pérdida de peso            |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia             | <input type="checkbox"/> Cirugía del pulmón            | <input type="checkbox"/> Derivación (shunt) ventriculoperitoneal |

Otro: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

Por favor, marque todo lo que corresponda a sus familiares. Indique si están vivos o fallecidos.

Relationship	Status	Asma	Ataxia	Trastoro de coagulación	Cáncer	epoc	Dementia	Diabetes	Enfisema	Enfermedad cardíaca	Hipertensión	Retraso mental	Migrañas	Esclerosis múltiple	Neurofibromatosis	Neuropatías	Osteoporosis	Parkinsonismo	Convulsiones	Derrame cerebral	Enfermedad de tiroides	úlceras	
Madre	<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida																						
Padre	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																						
Hermana	<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida																						
Hermano	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																						

**Historial social:**

- ¿Usa productos derivados del tabaco  Sí  No Fecha en que dejo de usarlos: \_\_\_\_\_  
 En caso de respuesta afirmativa, ¿Está listo(a) para dejarlos?  Sí  No ¿Paquetes por día? \_\_\_\_\_  
 ¿Numero de años? \_\_\_\_\_
- ¿Usa tabaco sin humo?  Sí  No Fecha en que dejo de usarlo: \_\_\_\_\_  
 En caso de respuesta afirmativa, ¿está listo(a) para dejarlos?  Sí  No
- ¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No ¿Cuánto bebe por semana? \_\_\_\_\_  
 En caso de respuesta afirmativa, bebe por semana: Vino \_\_\_\_\_ Cerveza \_\_\_\_\_ Licor \_\_\_\_\_
- ¿Usa drogas recreativas?  Sí  No  
 En caso de respuesta afirmativa, ¿usa por semana? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
- ¿Hace ejercicio?  Sí  No  
 En caso de respuesta afirmativa, ¿con que frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
- ¿Vive solo(a)?  Sí  No  
 En caso de respuesta negativa, ¿Con quién comparte su hogar?

¿Trabaja actualmente?  Tiempo completo  Medio tiempo  No trabaja  Jubilado(a)

Ocupación: \_\_\_\_\_